62340

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

ANNÉE 1913 N°

THÈSE 336

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

René BREGER

NÉ LE 11 NOVEMBRE 1886, A INGRANDES-SUR-LOIRE

Ictus Amnésiques

AU COURS DE LA

Paralysie Générale

Président : M. le Professeur GILBERT-BALLET

PARIS

LIBRAIRIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

26, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE (VI^e^)

1913

336

THESE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

ANNÉE 1913 N°.....

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

René BREGER

Né le 11 Novembre 1886, a INGRANDES-SUR-LOIRE

Ictus Amnésiques

AU COURS DE LA

Paralysie Générale

Président : M. le Professeur GILBERT-BALLET

PARIS

Librairie de la Faculté de Médecine

OLLIER-HENRY

26, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE (VI^e^)

1913

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	GILBERT DEBOVE LANDOUZY CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE.
Clinique chirurgicale	Pierre DELBET QUENU RECLUS
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR PINARD RIBEMONT-DES SAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN

Agrégés en exercice

MM.			
BALTHAZARD	DUVAL Pierre	LENORMANT	PROUST
BERNARD	GOUGEROT	LEQUEUX	RATHERY
BRANCA	GRÉGOIRE	LERI	RETTERER
BRINDEAU	GUENIOT	LŒPER	RICHAUD
BROCA André	GUILLAIN	MACAIGNE	ROUSSY
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
CAMUS	JOUSSET André	MORESTIN	SCHWARTZ
CARNOT	LABBE Marcel	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LANGLOIS	NICLOUX	TERRIEN
CHEVASSU	LAIGNEL-LAVASTINE	NOBECOURT	TIFFENEAU
CLAUDE	LECÈNE	OKINCZYC	ZIMMERN
COUVELAIRE		OMBREDANNE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

32877

A mes Maîtres :

MESSIEURS LES PROFESSEURS
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE NANTES

A mes Maîtres dans les Hôpitaux :

MESSIEURS LES MÉDECINS ET CHIRURGIENS
DES HÔPITAUX DE NANTES

A Monsieur le Docteur BENON

Médecin-adjoint à l'asile départemental de la Loire-Inférieure

Lauréat de l'Académie de Médecine

Qui nous a inspiré le sujet de notre thèse et a bien voulu nous aider de ses conseils.

Témoignage de sincère reconnaissance.

A mon Président de thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR GILBERT-BALLET

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris

Membre de l'Académie de Médecine

Chevalier de la Légion d'honneur

INTRODUCTION

En traitant ce sujet des ictus amnésiques dans la paralysie générale, notre intention a été de démontrer qu'il survient parfois au cours de cette affection, des troubles aigus de la mémoire, de brusques amnésies passagères, qui, par leur caractère paroxystique, se différencient des désordres constants de la mémoire chez les paralytiques généraux. A vrai dire, ces ictus amnésiques ne sont point particuliers à la paralysie générale et ils existent dans d'autres affections : démence organique, traumatismes craniens, par exemple, mais nous avons voulu nous en occuper uniquement dans cette maladie.

Avant de commencer l'étude clinique des ictus amnésiques, il nous a semblé non seulement intéressant, mais indispensable d'étudier la mémoire elle-même, si nous voulions connaître la pathologie de cette faculté. Nous traiterons ensuite de l'amnésie, puis nous grouperons les phénomènes amnésiques, en nous appuyant

sur les constatations cliniques. Il nous sera ainsi plus facile d'étudier l'évolution de l'amnésie dans la paralysie générale. C'est pendant la période de début de l'affection, alors que les troubles de la mémoire sont encore peu accentués, que se produisent les ictus amnésiques. Nous les décrirons et les différencierons des autres ictus vertigineux, apoplectiques, aphasiques assez fréquents dans la paralysie générale.

Enfin, dans une seconde partie de l'ouvrage, nous exposerons les observations que nous avons pu recueillir et qui nous ont paru établir les faits d'ictus amnésiques de la façon la plus nette et la plus indiscutable.

CHAPITRE I

Généralités

A. — DE LA MÉMOIRE

La mémoire est une propriété générale des centres nerveux, grâce à laquelle ils conservent et peuvent reproduire les excitations qu'ils ont subies, c'est-à-dire les sensations et les représentations. Conservation de certains états et leur reproduction, tels sont les deux phénomènes nécessaires de la mémoire. Il en est un autre sans lequel tout acte mnésique demeure incomplet, c'est la reconnaissance et la localisation dans le temps des faits évoqués. La conservation et la reproduction sont indispensables cependant que la localisation n'est que le complément de l'acte mnésique. Ce complément, dit Ribot, n'est qu'un apport de la conscience, de l'intel-

lect et il caractérise la mémoire dite psychique ou psychologique. Quand le souvenir est dépourvu de cet élément, il rentre dans ce qu'on appelle la mémoire automatique, réflexe organique. Cette dernière est évidemment la plus riche, la plus étendue chez les individus quel que soit leur degré d'intellectualité.

Le mécanisme du fonctionnement parfait de la mémoire se résume donc ainsi :

1° La conservation ou fixation de certains états : sensations ou représentations ;

2° Leur reproduction ou évocation ;

3° Leur reconnaissance et leur localisation.

L'altération d'une de ces qualités générales de la mémoire, constitue les amnésies de conservation, de reproduction, de localisation. En outre, la mémoire n'est pas une, mais multiple, il n'y a pas une mémoire, mais des mémoires toutes indépendantes les unes des autres, toutes inégalement développées chez un même sujet : mémoire visuelle, auditive, gustative, alfactive, motrice, etc..., mémoire de contact, des chiffres des lieux des mots, des noms etc., etc.

Commect expliquer physiologiquement le mécanisme de nos acquisitions intellectuelles.

Toutes les impressions qui sont venues frapper nos cellules cérébrales, sont enregistrées, elles s'unissent, s'associent et sont susceptibles d'être rappelées à un moment déterminé. Beaucoup sont

à l'état latent et paraissent effacées, elles demeurent cependant et ne demandent pour réapparaître qu'une excitation provoquant un véritable déclanchement. On est obligé d'admettre que pour chacun de nos souvenirs il y ait une modification apportée à l'élément nerveux et rendue persistante ; nombre de cellules peuvent vibrer à l'émission et correspondre à tout un groupe d'idées associées. Cependant il est impossible de dire en quoi consistent ces modalités de la cellule nerveuse qu'aucun procédé de laboration ne nous peut révéler.

Tout porte à croire également que chaque classe de souvenirs, chaque forme de la mémoire est localisée dans des foyers particuliers, distincts. Il est difficile de concevoir qu'un sujet qui a seulement, par exemple, de l'amnésie visuelle puisse être frappé, dans sa substance nerveuse d'une altération identique à celle qui frapperait celui qui a oublié les principaux faits de sa vie. C'est ainsi que l'étude des amnésies partielles consécutives à certains traumatismes a permis de fixer a peu près le siège de certaines mémoires.

B. — DE L'AMNÉSIE

Dans son article « Amnésie » du dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, Falret dit : « Amnésie de α privatif et μνησις mémoire, di-

minution notable ou perte totale de la mémoire. »

Etant donné ce que nous avons dit de la mémoire et de ses différentes formes, il nous sera facile de comprendre que l'amnésie affectera, elle aussi, de nombreuses variétés. Tantôt l'amnésie portera sur un groupe de souvenirs bien déterminés, tantôt sur des événements antérieurs ou postérieurs à l'accident qui en est la cause, d'autres fois il s'agira d'un brusque oubli très étendu ne durant que quelques minutes, etc. Nombreux sont les points de vue auxquels on peut se placer pour instituer une classification ; SAUVAGE, CALMEIL, FALRET, VOISIN, PITRES, SOLLIER, etc., en ont proposé de différentes ; c'est ainsi qu'on a fait des classifications :

A) Psychologiques ;

B) Etiologiques ;

C) Anatomo-pathologiques.

Et dans leur nomenclature inspirée par leur maître GARNIER, MM. DROMARD et LEVASSORT se sont appuyés sur les éléments suivants : pathogénie, durée, degré, évolution, localisation chronologique, attributs constitutifs de la mémoire.

Plus récemment, M. le Docteur R. BENON a modifié cette classification en se rapprochant le plus possible des constatations cliniques faites par celui qui examine le malade. « En premier lieu, dit-il, ce qui frappe chez l'amnésique, c'est la localisation chronologique de l'amnésie, c'est-à-dire la marche de l'amnésie par rapport à sa cause et au temps. Ainsi on s'aperçoit immédiatement que le malade

oublie les faits récents de son existence ou bien les faits passés plus ou moins éloignés. En second lieu, on se rend compte de l'étendue, du degré de cette amnésie et de ses prédominances qualitatives. Finalement on apprécie son évolution, puis on discute sa durée et sa pathogénie. »

Tableau des caractères cliniques des amnésies

A) Marche de l'amnésie par rapport à sa cause et au temps : amnésies rétrograde, antérograde, rétro-antérograde.

B) Localisation de l'amnésie par rapport à la vie du sujet :

1° Amnésie localisée, limitée à une période donnée.

2° Amnésie diffuse, non localisée, disséminée, sans limites précises.

C) Altérations quantitatives de la mémoire ; amnésies quantitatives portant sur les représentations et sensations.

I. — Etendue de l'amnésie en surface

A) Etendue de l'amnésie par rapport à la variété des éléments amnésiques touchés :

1° Amnésie lacunaire partielle (représentations, idées, émotions, sensations partiellement touchées).

2· Amnésie globale, générale (représentations, idées, émotions, sensations touchées en masse).

II. — Etendue de l'amnésie en profondeur

A) Etendue de l'amnésie par rapport au nombre d'élémenis amnésiques disparus.

Amnésie localisée ou diffuse, lacunaire ou globale, plus ou moins profonde, complète ou totale.

D) Altérations quantitatives de la mémoire; amnésies quantitatives.

A) Qualités générales

1. Amnésie de conservation ou de fixation.
2. Amnésie de reproduction ou d'évocation.
3. Amnésie de reconnaissance, de certitude, de localisation (paramnésies).
4. Amnésie biologique, organique, automatique.

B) Qualités spéciales, prévalences amnésiques individuelles

1. Amnésie visuelle, portant sur les objets (asymbolie, cécité physique), sur les lieux (agnosie topographique), sur les personnes, sur les mots (cécité verbale).

Les illusions et perversions auditives sont des pseudo-amnésies.

2. Amnésie auditive, tonale, verbale (surdité verbale), musicale. Les illusions et perversions auditisont des pseudo-amnésies.

3. Amnésie tactile (astéreognosie).

4. Amnésie olfactive (anosmie différentielle).

5. Amnésie gustative (agueusie différentielle).

6. Amnésie sensorielle généralisée (agnosie généralisée).

7. Amnésie anesthésique (auto-agnosée).

8. Amnésie motrice (astasie amnésique, apraxie amnésique).

E. Systématisation de l'amnésie (amnésies systématisées ou non) : Amnésies limitées à un groupe de sensations ou représentations : idées, calcul, chiffres, orthographe, noms, mots, lettres, faits, etc.

F. Evolution : 1 Amnésies soudaines (ictus amnésiques).
2 Amnésies progressives.
3 Amnésies périodiques ou intermittentes.

G. Durée : 1 Amnésies passagères.
2 Amnésies durables ou prolongés.
3 Amnésies périodiques ou intermittentes.

H. Pathogénie : 1 Amnésies fonctionnelles ou dynamiques.
2 Amnésies organiques ou destructives.

Disons en terminant ces notions un peu longues mais nécessaires que dans les amnésies progressi-

ves, les auteurs admettent la disparition de nos connaissances dans l'ordre suivant : Les faits récents, les idées en général, les sentiments, les actes.

Au moment de la guérison on constate la marche inverse ; les souvenir les mieux fixés sont les derniers à disparaître et les premiers à renaître.

III. Amnésie dans la paralysie générale

Description. — Les quelques notions précédentes sur l'amnésie vont nous permettre d'étudier plus facilement son évolution dans la paralysie générale. L'amnésie est un signe précoce de la maladie de Bayle ; c'est probablement un des premiers symptômes psychiques. Au début elle est très peu marquée, elle ne se manifeste que par intervalles dans les paroles ou les actes du patient. Le paralytique ne se rend pas compte exactement des modifications de sa mémoire et c'est moins souvent lui que son entourage qui les constate. Si quelquefois il consulte pour des troubles amnésiques, il n'y attache qu'une importance relative et continue longtemps encore l'exercice quotidien de sa profession.

I. Caractères fondamentaux de l'amnésie paralytique

A) L'amnésie paralytique offre d'abord une marche anterograde, c'est-à-dire qu'elle porte sur les évènements actuels, ceux qui se sont déroulés

depuis le début de l'affection. Le sujet commet dans sa vie journalière certains oublis, certaines erreurs tout à fait caractéristiques : les plus fréquents sont de faire deux fois la même chose sans s'en apercevoir, de négliger certains détails dans la toilette, quitter un restaurant sans payer etc. D'autres fois ce sont des faits, sinon des idées acquis récemment que le paralytique est incapable de conserver, ou d'évoquer, ce sont des actions à accomplir qu'il omet d'exécuter ou qui ne lui reviennent que tardivement. La répétition de ces troubles montrent rapidement leur origine pathologique.

L'amnésie paralytique devient bientôt rétrograde et s'étend sur les acquisitions antérieures au début de la maladie : faits plus ou moins éloignés, notions scolaires, les souvenirs disparaissent en descendant vers le passé. L'amnésie est alors rétro-antérograde.

B) Cette amnésie rétro-antérograde n'est pas une amnésie localisée par rapport à la vie du sujet, mais une amnésie diffuse. Elle est sans limites précises, elle ne porte pas sur une période donnée de son existence, mais s'étend sur des périodes diverses plus ou moins éloignées, plus ou moins séparées.

C) Au point de vue quantitatif, l'amnésie paralytique est très étendue par rapport à la variété des éléments mnésiques altérés : on pourrait dire que c'est une amnésie globale ou générale. Elle atteint

en bloc, semble-t-il, tous les souvenirs intellectuels et moraux, moteurs et sensitifs, toutes les représentations, toutes les idées, sans pour cela être une amnésie profonde, complète ou totale. Les évènements, les souvenirs, qui ont trait à la personne même du même, à sa famille. à sa professisn, à ses biens, les faits et les choses enfin d'ordre social, ne sont plus rémémorés par lui avec la même rapidité, et n'ont plus la même précision dans son esprit, de même les notions acquises dans les milieux scolaires, notions scientifiques, notions littéraires, ne sont plus reproduites avec facilité mais sont entachées d'erreurs.

Cette altération de tous les souvenirs joue vraisemblablement un rôle dans l'oubli des convenances, des conventions sociales qui est si fréquen chez les paralytiques généraux même au début : leur manque de politesse, de tenue, de dignité etc., semble en effet tenir en partie à la difficulté d'évocation de certains souvenirs. Joint à cela, l'affaiblissement intellectuel et l'on comprendra certainst actes absurdes, antisociaux, commis per les malades : un jeune marié qui rencontre un ami, abandonne sa femme sans se soucier de ce qu'elle va devenir ; un commis épicier déclare aux clients que les produits de son patron sont avariés ; un individu avise un tonneau à la porte d'un marchand de vin et pour l'emmsner se fait aider de deux agents ; un concierge dépense le terme de son propriétaire en vieux tableaux.

D) Au point de vue qualitatif général, l'amnésie paralytique est à la fois une amnésie de fixation, de reproduction et de localisation, très souvent les sensations, les faits, ne sont même pas conservés dans le cerveau (amnésie de fixation, trouble de la mémoire immédiate) ; d'autre part s'ils sont conservés, ils ne peuvent être reproduits, ou alors ils le sont trop tard pour donner naissance à l'acte qu'ils devaient déterminer ; enfin s'ils sont évoqués le sujet ne parvient pas à les situer dans le temps ni dans l'espace. Ces qualités générales de la fonction mémoire sont altérés pour les faits actuels, récents et lointains.

Existe-t-il des altérations des qualités spéciales de la mémoire (mémoire visuelle, auditive etc.), nous n'en trouvons pas d'exemple autrement que dans l'ictus amnésique. De même on ne peut considérer comme relevant des amnésies systématisées ces cas ou l'amnésie est d'ordre professionnelle, car elle se diffuse bientôt et rentre dans les troubles d'ordre général.

Par rapport à l'évolution et à la durée de l'affection l'amnésie paralytique est définitive et progressive. Au point de vue pathogénique c'est une amnésie organique ou destructive.

II. — L'amnésie suivant les périodes de la maladie

Nous pouvons lui assigner trois périodes pendant lesquelles l'amnésie s'étend et gagne en profondeur.

A) *Période de début.* — L'amnésie est légère à cette époque est souvent prise pour un trouble de l'attention, mais c'est déjà un des premiers symptômes qui annonce la méningo-encéphalite paralytique. Elle porte alors sur les faits récents et plus particulièrement sur ceux qui touchent la profession du malade, quotidiennement il oublie des ordres, des commissions, des rendez-vous, etc., (amnésie antérograde de fixation ou d'évocation). D'autre part, il commet des erreurs, des fautes dans son travail ; celles-ci sont d'autant plus manifestes que le sujet exerce une profession ou le calcul, l'écriture, la lecture, etc., jouent un rôle plus important, c'est une amnésie rétrograde et de reproduction, car il s'agit là d'un trouble dans des notions acquises avant la maladie. Si l'amnésie rétrograde existe déjà à cette période initiale de la maladie elle est cependant bien moins précoce et moins marquée que l'amnésie antérograde.

B) *Période d'état.* — A la période d'état l'amnésie essentiellement progressive et nettement rétro-antérograde s'accroît considérablement ; elle est diffuse globale, très augmentée en profondeur. Si le malade n'ignore ni son nom, ni ses prénoms, ni sa profession, il complète difficilement son état-civil, il ne peut décliner son âge exact, ni le nom et les prénoms de sa femme et de ses enfants. Son orientation dans le temps et dans l'espace est très défectueuse.

c) *Période terminale.* — L'amnésie est quasi-complète. Le paralytique n'a plus aucune notion du temps, de l'espace ; il ignore son nom, le lieu où il est né, il est complètement confus et réduit à une vie végétative et automatique.

C'est pendant la période de début, alors que la mémoire n'est pas encore trop affaiblie, que la paralysie peut être marquée par des ictus amnésiques ; ce sont des états morbides qui se développent rapidement, offrent une courte durée et sont caractèrisés par la prédominance des troubles amnésiques.

Ainsi un malade se trouvait dans la rue avec sa femme, il voit, paraît-il, deux personnes qui manquent d'être écrasées, cela l'émotionne. A partir de ce moment, il est comme égaré, ne sachant plus où il se trouve. Sa femme, frappée de ses allures bizarres, lui demande ce qu'il a. « Je suis en train de réfléchir où nous sommes, d'où nous venons, dit-il. » Il avait oublié tout ce qu'il venait de faire, ce n'est que dix minutes après qu'il revint à lui. Un autre rentrant chez lui de son travail, ne reconnaît plus son logement, se trompe d'étage et persiste dans son erreur, malgré les explications de la femme. Il reste encore quelque temps complètement amnésique, puis lorsque ses souvenirs réapparaissent, il présente une crise de larmes.

Ce sont ces troubles aigus et passagers de la mémoire dont nous avons recueilli quelques cas que nous allons examiner.

CHAPITRE II

Étude clinique des Ictus amnésiques

Il importe de dire d'abord l'origine du mot ictus amnésique et le sens qu'on lui attribue. Autrefois Fournier (1), Pierre Marie (2), Pick (3) l'ont employé pour désigner l'état de démence rapide qui survient après un ictus chez un malade plus ou moins affaibli auparavant au point de vue psychique. Garnier (4) et ses élèves Dromard et Levassort font également usage de ces mots, ils n'en précisent pas le sens, du moins nous ne l'avons pas trouvé défini dans ses ouvrages.

(1) Fournier. Syphilis cérébrale ; Leçons recueillies par Brussaud, 1879, p. 279.

(2) P. Marie. Art hémiplégie. Traité de médecine et de thérapeutique, 1re édition, 1899, p. 505.

(3) Pick par P. Marie, loc. cit.

(4) Garnier. Les amnésies. « Bulletin médical » 1905, p. 9.

M. le docteur Benon (1), dans la Gazette des Hôpitaux (1908), nous définit d'une façon très complète les ictus amnésiques.

« Les ictus amnésiques, dit-il, sont cliniquement caractérisés par ce fait que chez le malade la perte de la mémoire est rapide, sinon subite, plus ou moins complète et de courte durée. » Dans cette définition sont résumées les trois conditions nécessaires de l'existence de l'ictus amnésique.

A) L'amnésie est brusque ; elle peut survenir après un ictus apoplectique léger : un employé de la Compagnie des chemins de fer est subitement frappé durant son service à la gare ; il chancelle, s'appuie à une colonne, pâlit et tombe sur le sol. Il ne perd pas connaissance et se relève aussitôt, mais il est alors complètement hagard, ne reconnaissant plus les lieux où il se trouve. Où suis-je ? Suis-je à la gare ? Quel train dois-je faire ? etc. (Observation I.) Les troubles amnésiques, consécutifs à la chute, vont persister pendant quelques instants, alors que les autres facultés semblent moins atteintes, permettant de la part du malade des questions sensées.

D'autres fois, l'ictus amnésique apparaît après un simple étourdissement. La femme d'un de nos malade nous raconte que, se promenant avec son mari, elle le vit soudain, pris d'un étourdissement,

(1) Benon. Les amnésies, étude clinique. « Gazette des Hôpitaux », 1908, p. 798.

s'asseoir sur une borne. Il était alors complètement désorienté, demandant où il se trouvait, ne reconnaissant plus sa route. Elle lui explique ce qu'il venait de faire sans qu'il se rappelle rien. Ce n'est que dix minutes après que le malade retrouva sa mémoire. (Observation IV.)

Le plus souvent l'ictus amnésique nous a paru instantané, sans aucun signe prodromique, frappant le malade au milieu de son travail, le laissant brusquement désemparé et incapable de se rappeler ce qu'il doit faire — tel cet instituteur (observation V) qui, au milieu d'un cours de mathématiques qu'il fait à ses élèves, oublie soudainement ses calculs, se trompe, ne peut reconnaître ses élèves, ni retrouver leur nom. Il abandonne alors sa classe, rentre chez lui, se plaint de douleurs de tête et reste amnésique jusqu'au lendemain.

Qu'elle soit précédée d'un léger phénomène ou qu'elle débute sans prodromes, la perte de mémoire est donc toujours très brusque et semble surprendre le malade.

b) De plus, elle ne porte pas seulement sur un seul fait, un nom, une chose, l'oubli d'une heure donnée, etc. S'il en était ainsi, rien ne frapperait l'entourage. Le trouble de la mémoire doit être assez profond, assez généralisé, il intéresse également les idées, images, sentiments, sensations. La femme du malade (observation I) nous dit que son mari avait tout oublié ce qu'il venait de faire :

sa sortie de l'après-midi, sa consultation du médecin, etc. « J'aurai pu lui demander n'importe quoi, dit-elle, il ne l'aurait pas su. » Cependant, au milieu de cet écroulement assez généralisé des souvenirs, quelques-uns persistent encore, permettant au malade des questions sur son état présent, ce qu'il doit faire, etc.

D'autres fois, mais plus rarement, nous avons vu l'ictus amnésique intéresser une seule catégorie de souvenirs, nous avons cité deux cas d'amnésie visuelle portant sur les lieux (agnosie topographique) dont l'un est raconté par le malade lui-même ; voulant se rendre de chez lui à la Bourse (observ. IV), il se trouve subitement égaré, il ne reconnaît plus des rues où il a l'habitude de se promener, ne sait plus où elles mènent ; après de multiples tâtonnements, il suit un quai qui le conduit enfin où il voulait aller.

Bien que moins étendues que les autres, ces altérations qualitatives de la mémoire sont assez profondes et laissent le sujet très désorienté. de plus, elles sont curieuses, car ce sont les seuls cas où nous voyons dans la paralysie générale cette forme d'amnésie.

En résumé, l'amnésie dans l'ictus est assez complète ou embrasse au moins toute une catégorie de souvenirs.

c) L'ictus amnésique doit être de courte durée. S'il se prolongeait, on se trouverait en présence d'un état démentiel plus ou moins rapidement progressif.

Le sujet revient au bout de quelques minutes ou de quelques heures à son état antérieur ou en tous cas à un état voisin de son état antérieur. Les souvenirs réapparaissent le plus souvent rapidement, quelquefois, d'une façon progressive : les mieux fixés les premiers, les autres ensuite, mais toujours dans un laps de temps restreint. Quelques-uns, mais en faible quantité, ont pu disparaître complètement. En tous cas, à la suite de ces ictus, le malade peut s'orienter dans le temps et dans l'espace, répondre aux questions avec clarté ; le plus souvent, il ne se rappelle rien de ce qu'il a pu faire pendant son ictus, d'autres fois, il raconte lui-même ses troubles amnésiques.

Ainsi défini, l'ictus amnésique nous apparaît comme un accès, une poussée aiguë au cours d'une amnésie progressive. Une fois la crise passée, la maladie reprend sa marche régulière.

Mais il se présente rarement d'une façon aussi nette. Il s'accompagne le plus souvent d'un certain degré d'obnubilation intellectuelle. A vrai dire, notre malade qui eut seulement de l'amnésie visuelle topographique semble avoir conservé assez intact le jeu de ses autres facultés puisqu'il peut lui-même nous décrire ensuite son ictus, la mémoire seule avait été touchée. Mais ceux chez qui l'amnésie a été plus ou moins générale, ont présenté en plus une diminution assez considérable de l'activité psychique. Les facultés intellectuelles ont éprouvé le contre-coup du choc amnésique et il a pu en ré-

sulter une sorte d'état confussionnel ; aussi, M. le Docteur Benon, dans la *Gazette des Hôpitaux* (1911, revue sur l'amnésie dans la paralysie générale), les appelle-t-il encore ictus amnésiques ou confussionnels.

Ces accidents amnésiques et confussionnels, peuvent se prolonger et constituer des épisodes subaigus qui durent plusieurs semaines, sinon plusieurs mois.

CHAPITRE III.

Diagnostic et Pronostic des Ictus amnésiques

Si le diagnostic de l'ictus amnésique est assez aisé, lorsque la perte de mémoire semble le seul signe apparent, il n'en est plus de même quand elle s'accompagne d'un certain degré d'obtusion des autres facultés. Il faut alors distinguer l'ictus amnésique des autres ictus apoplectiques, épileptiques ou aphasiques voir même des vertiges et étourdissements assez fréquents dans la paralysie générale. Tous ces phénomènes en effet entraînent brusquement une obnubilation intellectuelle plus ou moins profonde et on pourrait croire cet état le résultat d'une perte de mémoire importante ; ils se différencient cependant de l'ictus amnésique en ce que l'on remarque bientôt que toutes les facul-

tés et non seulement la mémoire sont atteintes à un égal degré ; il y a même parfois perte de connaissance absolue. De plus les signes somatiques . bourdonnements d'oreilles, troubles visuels, convulsions, paralysies etc., qui les accompagnent, ne se retrouvent pas dans l'ictus amnésique. Le vertige, par exemple, se manifeste par les signes suivants : ce sont des troubles sensoriels ; les objets tournent autour du malade, le sol se déplace sous ses pieds, il éprouve des sifflements, bourdonnements d'oreilles. Généralement, il présente des troubles vaso-moteurs assez accentuées du visage qui palit ou plus souvent rougit et devient vultueux. S'il est debout il tombe ou évite cette chute en se retenant à un objet voisin. Il n'y a pas perte de connaissance mais pendant un instant plus ou moins long, quelquefois à peine perceptible, il y a une diminution de l'activité psychique qui peut se traduire par un état de désorientation de confusion intellectuelle passagère.

Dans l'ictus amnésique nous ne remarquons aucun des signes physiques précédents, l'aspect extérieur du malade ne change que très peu, seuls l'air désorienté, les questions brusquement curieuses annoncent le désordre intellectuel. L'ictus amnésique de notre instituteur frappé au milieu de ses calculs est seulement révélé par l'incohérence subite des paroles et des questions qu'il pose à ses élèves. On ne tarde pas à reconnaître que ce trou-

ble est due surtout à l'amnésie et ne peut être assimilé à un état vertigineux.

On confondra difficilement encore l'ictus amnésique avec les ictus apoplectiques. Ceux-ci au moment de leur apparition présentent des signes physiques caractéristiques : il y a chute du malade perte absolue de connaissance, abolition des reflexes, de la sensibilité parfois convulsions. Cet état s'accompagne quelquefois d'hyperthermie et peut se prolonger plusieurs heures. Cependant il peut arriver que l'apoplexie se dissipe assez rapidement et laisse le malade plus ou moins amnésique. Pourrions-nous considérer alors cet état comme un ictus amnésique, nous le pensons pas car ici l'amnésie occupe une place secondaire et n'est qu'un épiphénomène au cours de l'apoplexie franche. Notre malade, il est vrai, (observation I) tomba sur le sol lors de son premier ictus amnésique et l'on aurait pu penser à un ictus apoplectique, mais il ne perdit pas connaissance, se releva aussitôt et la perte de mémoire fut si nette que nous en fîmes cependant un ictus amnésique. D'après nos observations, ce cas doit être rare et la chute brusque sur le sol est plutôt suivie d'obtusion grave qui relève de l'apoplexie.

Des ictus épileptiques peuvent éclater également au cours de la paralysie générale et compliquer l'appréciation de l'état intellectuel. Cependant l'aura, les mouvements automatiques involontaires (de succion, de mâchonnement, de déglutition, secous-

ses choréiques, grincements des dents) font faire le diagnostic.

L'ictus aphasique peut quelquefois prêter à confusion. Outre qu'il s'accompagne fréquemment d'un certain degré d'obnubilation intellectuelle, il présente souvent peu de signes physiques et les quelques paroles que prononce encore le malade peuvent faire penser à une perte de mémoire assez complète. D'une certaine façon les ictus aphasiques pourraient être considérés comme une variété d'ictus amnésiques. Il peut s'agir en effet d'une perte de mémoire subite : soit mémoire auditive, visuelle, des mots, etc., mais le plus souvent, c'est de l'aphasie motrice avec dysarthrie qui évolue d'une façon lente et peut même rester durable.

Tous ces ictus apoplectiques, épileptiques, aphasiques, vertigineux étaient décrits par les anciens auteurs sous le nom d'attaques congestives. Ces accidents, en effet, comme nous venons de le voir, s'accompagnent souvent de poussées congestives de la face et des oreilles.

A n'en point douter les ictus amnésiques doivent être aussi le résultat de troubles circulatoires plus ou moins profonds. Si le vocable ictus n'a pas le mérite d'en expliquer le mécanisme pathogénique encore incertain, il a du moins l'avantage de rappeler le caractère clinique majeur du phénomène : la soudaineté de l'apparition.

Les ictus amnésiques nous ont paru beaucoup

moins fréquents que les autres au cours de la paralysie générale, peut-être parce qu'ils peuvent passer plus facilement inaperçus par l'absence presque complète de signes physiques. Quoiqu'il en soit, les formes de paralysies générales à ictus amnésiques nous ont paru d'après nos observations évoluer plus rapidement, revêtir un pronostic plus grave que les formes sans ictus.

Observations

OBSERVATION I (1907)

(R. Benon « Gazette des hopitaux » 1er Octobre 1908)

Paralysie générale — Début marqué en 1905 par trois ictus amnésiques, séparés entre eux par des intervalles de quelques jours. Le malade n'a cessé son travail que deux ane après ces ictus.

R. Charles employé à la compagnie des chemins de fer du Nord, âgé de cinquante trois ans, entre à l'alise clinique le 23 mars 1907, il est atteint de paralysie générale. Sa femme nous donne des renseignements intéressants sur ses antécédents.

Antécédents héréditaires. — Son père, aliéné (?) est mort interné à l'âge de quarante-neuf ans. Il n'y a pas d'autres affections nerveuses dans la famille.

Antécédents personnels. — Jamais malade, il faisait peu d'excés de boissons ; il aurait eu la syphilis. Sa femme a eu

quatres grossesses, dont deux fausses couches. Les deux autres enfants sont bien portants

Histoire de la maladie. — L'affection actuelle a débuté subitement, dit la femme, il y a environ deux ans, le 1er février 1905.

Premier ictus amnésique. — A cette date il présente durant son travail à la gare comme un étourdissement ; il s'appuit a une colonne. pâlit, tombe sur le sol, mais se relève aussitôt en disant, complètement désorienté, « Mais où suis-je ici ? où suis-je donc ? Suis-je à la gare ? quel train doi-je faire ? » Au bout d'une dizaine de minutes, il se reconnait. On le reconduit chez lui. Il aurait pu rentrer seul car c'est lui qui indiquait le chemin à celui de ses collègues qui l'accompagnait.

Deuxième ictus amnésique. — Le médecin de la compagnie lui accorde quatre jours de repos. Or un matin, au réveil, il perd encore presque complètement la mémoire : ainsi il ignore qu'il a été malade ; il veut aller à son travail il se lève au galop pour se vêtir et partir. C'est en vain que sa femme lui raconte qu'il est tombé, que le médecin lui a accordé quatre jours de repos, que tous les jours ce médecin vient le voir et le soigne. Non, il ne se rappelle rien de tout cela. Il ne demandait pas ou il était, mais il avait totalement oublié son étourdissement et sa chute. Il reconnaissait bien sa femme et ses enfants, il parlait correctement, mais il ne pouvait arriver à comprendre sa situation. Comme il avait quelques envies de vomir, il a pu se rendre spontanément aux cabinets. Cet état a duré environ dix minutes.

Troisième ictus amnésique. — Il recommence à travailler après ces quatre jours de repos. Il aurait bien rem-

pli ses fonctions. Toutefois la compagnie comme il a trentre et un ans de service, parle de le mettre à la retraite. Cela l'ennuie. Il décide aussitôt d'aller voir le Docteur T..., pour connaître son avis. Après la consultation qui l'avait plutôt tranquillisé, il va avec sa femme faire des achats à « la ménagère ». Il donne son avis sur ce qu'on choisit, paie lui-même les objets, sans difficulté. En sortant dans la rue, il voit, paraît-il, deux personnes qui manquent d'être écrasées, cela l'émotionne. A partir de ce moment il ne dit plus rien et à des allures bizarres. La conversation suivante s'engage entre lui et sa femme.

D. — Qu'est-ce que tu as, père ? lui dit sa femme. — R. — Je suis en train de réfléchir ou nous sommes, d'où nous venons.

D. — Voyons, tu sais bien que nous sortons de la ménagère. — R. — Je ne sais pas du tout où je suis.

Et en effet il ne savait plus ce qu'on avait acheté dans le magasin ; il avait tout oublié sa sortie de l'après-midi, la consultation du médecin, il ne reconnaissait plus le boulevard. « J'aurai pu lui demander n'importe quoi, dit sa femme, il ne l'aurait pas su. »

Elle le conduit dans une pharmacie et une dizaine de minutes après, il revient à lui.

Evolution. — Ces pertes subites de la mémoire qui se sont répétées trois fois en huit jours (février 1905), n'ont plus reparu. Elles n'ont fait que marquer un peu bruyamment le début de l'affection actuelle.

Ensuite en effet, le caractère du malade a changé, il est devenu irritable emporté. Sa mémoire aurait peu diminué. Il a pu continuer son travail durant deux ans environ, jusqu'au 17 mars 1907.

A noter que le 28 février 1907 il a eu un ictus épileptiforme ; malgré cela, le lendemain il recommençait à travailler.

Toutefois, peu à peu, il s'excite, exprime des idées de grandeur, absurdes, incohérentes, contradictoires et il est interné à l'asile clinique.

OBSERVATION II (1907)

(Cit. par R. BENON, loc. cit.)

Paralysie générale. Ictus amnésique en 1905 (agnosie topographique). Progressivement amnésie rétro-antérograde diffuse, globale profonde.

J... Casimir, tailleur d'habits, 39 ans, entre à l'Asile clinique le 29 mars 1907. Sa femme nous donne des renseignements sur sa maladie.

Antécédents héréditaires. — Elle ne connaît pas ses antécédents héréditaires.

Antécédents personnels. — Il n'aurait jamais été atteint d'aucune affection. Il n'avait pas d'habitudes alcooliques. Sa femme a eu une fille bien portante et elle n'a pas fait de fausses couches.

Histoire de la maladie. — On peut considérer la maladie actuelle comme ayant débuté vers 1904. A cette époque en effet la femme a observé chez le malade des modifications de caractère. Il devint moins aimable, plus exigeant. Un soir, sous prétexte qu'on était sorti trop tard d'un dîner chez des amis, il prend une voiture et laisse sa femme et sa fille rentrer seules à pied. En promenade, plusieurs fois,

il les abandonna pour des motifs futiles. Or jamais auparavant il ne s'était conduit de la sorte.

Au mois de juillet 1905, un fait plus frappant se déroule: c'est un trouble passager, aigu de la mémoire, un ictus amnésique.

Ictus amnésique. — Le malade revenait de son travail : au lieu de monter chez lui au quatrième étage il s'arrête au troisième, à la porte correspondante, et met sa clef à la serrure. Sa femme, avertie dans la cour par une voisine, sort sur le palier et l'appelle. Il monte la moitié de l'étage, s'arrête et se met à l'injurier en lui disant « qu'elle ferait mieux d'être chez elle qu'à bavarder avec ses voisines ». Bref, il continue à croire que l'entrée de son logement est à la porte où il s'est d'abord arrêté. Il redescend donc les les marches qu'il avait montées et il remet sa clef dans la même serrure. Sa femme lui crie alors : « Mais tu es fou, qu'est-ce que tu fais ? » Cela le réveille en quelque sorte, dit sa femme et il se décide à monter chez lui.

Rentré dans son appartement, il était égaré, désorienté. Il ne pouvait rien expliquer, ni dire.

Au bout de dix minutes environ, il revient à lui et présente une crise de larmes. Quand sa femme lui dit qu'il l'a insultée, il ne paraît pas en avoir gardé le souvenir. Sa femme avait cru tout d'abord qu'il était ivre, mais il n'en était rien. Ce n'est d'ailleurs pas un buveur.

Après cet incident, les troubles amnésiques ne tardèrent pas à s'accentuer progressivement ; leur forme est d'ailleurs classique. Ce sont d'abord des erreurs dans le travail ; il oublie des boutons à un pantalon,une poche à un veston, etc. Il se perd dans la rue, même dans la rue qu'il habite ; un jour il demandait aux uns et aux autres la rue C..., et

il était dans cette rue. Il ne se rappelle plus les faits récents et précise mal les faits éloignés. Ces temps derniers il se conduisait comme un enfant.

Etat actuel. — Aujourd'hui très affaibli, très désorienté, inconscient de sa situation, il offre en outre les signes physiques de la paralysie générale : embarras de la parole, tremblements fibrillaires de la langue, pupille en myosis, inégales et paresseuses à la lumière, réflexes exagérés.

OBSERVATION III (1907)

(Par R. Benon, loc. cit.)

Paralysie générale. Au début, ictus amnésique qui a duré plusieurs heures (quatre heures environ) automatisme moteur et automatisme verbal.

H... Jean-Baptiste-Eugène, garçon de magasin, trente trois ans, entre à l'asile clinique le 1er mars 1907, comme paralytique général.

Sa femme nous fournit des renseignements sur son affection et ses antécédents.

Antécédents héréditaires. — Son père s'est suicidé, à l'âge de quarante ans environ, dans un accès de déseepoir. Sa mère est bien portante. Un neveu du côté du père, a été atteint de « méningite ».

Antécédents personnels. — Sa femme ne lui connaît pas de maladies antérieures à celle qui l'amène à l'hôpital.

Histoire de la maladie. — Marié en 1900, ils ont un enfant bien portant. C'est en mai 1906, que H..., a eu ses premiers accidents. L'affection à son origine, a été mar-

quée par un ictus amnésique, qui nous est raconté d'une part par la femme, et, d'autre part dans une lettre, avec beaucoup de détails, par le directeur de l'usine où était occupé le malade.

Cet ictus ne paraît pas avoir eu un début absolument brusque : *l'état amnésique* semble s'être installé insidieusement en dix, quinze minutes, sans perte, même courte de connaissance.

Ictus amnésique. — H..., vient prendre son travail le matin à l'usine à l'heure habituelle : il travaille d'une manière tout aussi satisfaisante que précédemment et il ne paraît pas incommodé le moins du monde de toute la matinée.

Vers onze heures, il est distrait du travail qu'il fait ainsi que son camarade de tache et d'autres ouvriers, pour charger une voiture.

A la fin de ce chargement, il paraissait ne plus comprendre très bien les diverses manœuvres à faire, mais on pouvait mettre cela sur le compte du manque d'habitude, d'autant qu'il ne s'arrête pas un instant et qu'il ne se plaint en aucune façon.

C'est seulement quand le chargement est fini, que le directeur, personnellement, s'aperçoit que H..., doit avoir quelque chose.

A ce moment, en effet, au lieu de descendre de dessus la voiture, il reste machinalement sur les colis, paraissant ne pas avoir conscience de ce qu'il lui restait à faire. On doit lui dire par deux fois : « Descendez donc, H..., vous allez trempé (la pluie commençait à tomber), il faut vous sauvez déjeuner ». Il était alors midi, car on avait du rester après l'heure de sortie habituelle (onze heures et demie), pour

achever le travail. Il répond machinalement « oui, oui » et descend. Mais, au lieu d'aller s'habiller pour partir, il retourne à la tache qu'il avait quittée.

On va de nouveau vers lui et on lui dit qu'il faut aller déjeuner. Il réponds, toujours de la même manière : « Oui, oui ». Mais tournant le dos à la porte de sortie, il s'engage plus avant drns l'usine. Sa démarche était mal assurée.

C'est alors que personne n'ayant plus de doute sur son ètat, on lui fait remarquer qu'il doit être souffrant. C'est encore par le même « oui, oui » machinal qu'il répond, en accusant une barre dans l'estomac. Son regard, a ce moment, traduisait un « affaiblissement certain » de la conscience.

On entreprend de faire diversion à son état et d'amener une réaction dans son esprit ; on lui parle d'abondance, on lui demande s'il a parfois des accidents analogues, ce qu'il fait pour cela, ce qu'en pense le médecin, etc...

Son visage se colore, il parait plus lucide, dit qu'il a parfois des douleurs, qu'il se purge. Il ajoute même : « Je devais être pâle ».

Ce mieux n'est que passager : il se met de nouveau à répondre machinalement « oui, oui » et son regard redevient trouble.

Il part néammoins vers midi un quart, quoi qu'on insiste trois ou quatre fois pour le faire rester.

Non guidé et désorienté, il se trompe de chemin et n'arrive chez lui qu'à quatre heures de l'après midi. Il était seul et avait du errer dans les rues. Il ne pouvait guère parler à son arrivée, ses yeux étaient hagards.

Ce jour là le malade n'avait pas fait d'excès de boissons. Habituellement d'ailleurs il ne boit qu'un peu de vin et rarement des apéritifs il ne rentrait jamais ivre.

Revenu bientôt à lui il neput expliquer ce qui s'était passé, ni ce qu'il avait fait une fois sorti de l'usine.

Evolution. — Depuis mai 1906, il n'a travaillé que par intervalles, deux ou trois mois au pluis par suite de l'ffaiblissement progressif des tacultés mentales.

Il a eu deux ictus, l'un en décembre 1906, l'autre en janvier 1907, ce dernier avec convulsions.

Etat actuel. — A son entrée à l'Asile, il présente une légère excitation avec des hallucinations et quelques idées délirantes de persécution d'origine ethylique, le malade s'est mis à boire en ces derniers mois : inoccupé, il allait avec ses camarades au café.

OBSERVATION V (Personnelle 1912)

(Recueillie dans le service de M. le Dr Benon.)

Paralysie générale. Au début plusieurs ictus amnésiques (agnosie topographique). Un de ces ictus est raconté par le malade.

M... Joseph, 48 ans, mouleur, né à Casale (Italie) entre à l'Hospice Genvial le 12 février 1912. Il est atteint de paralysie générale (Argyll, signe de Westphall, accrocs dans la parole). Sa femme nous fournit des renseignements sur ses antécédents.

Antécédents héréditaires. — Elle connaît peu sa famille. Elle sait toutefois que son père était alcoolique et que sa mére était atqeinte d'hydropisie.

Antécédents personnels. — A l'âge de onze ans il avait

quitté l'Italie pour venir en France. Jamais malade, il ne faisait que de très rares excès de boissons. A 40 ans il se marie. De sa femme avec laquelle il vivait déjà auparavant il eut trois enfants bien portants ; mais celle-ci entre temps avait fait quatre fausses couches.

Histoire de la maladie. — On peut considérer la maladie actuelle comme ayant débuté en novembre 1911. A cette époque en effet la femme remarque chez le malade des idées étranges. Il se croit riche, veut voyager et a d'autres moments prétend qu'il va « crever de faim ». En même temps il devient irritable, sa mémoire lui fait souvent défaut et il est obligé d'interrompre son travail. Avant que les troubles amnésiques se soient installés d'une façon intense et continue, ils semblent avoir procédé par poussées aiguës. C'est ainsi que le malade se perd brusquement dans sa rue, passe devant sa porte sans la reconnaître et ne peut regagner son logis que quelque temps après. Sa femme nous raconte elle-même une de ces subites amnésies.

Ictus amnésique. — En janvier 1912, au cours d'une promenade, nous dit-elle, elle le voit après un léger étourdissement s'asseoir sur une borne. Il est alors complètement désorienté, il lui demande où il se trouve, incapable de reconnaître une route qui lui est pourtant familière. Ce n'est qu'au bout de dix minutes qu'il peut se diriger seul.

Douze jours après son entrée à l'Asile, le malade peut lui-même nous faire le récit d'un de ces troubles passagers.

Deuxième ictus amnésique. — « Partant de chez moi pour me rendre à la Bourse, voilà ce qui m'est arrivé, dit-il, moi qui connais Nantes, j'étais tout-à-coup perdu... Je ne sais plus la route que je dois faire. Les routes sont toutes les mêmes. Jamais je n'étais foutu de prendre la juste. Je

disais dans moi-même : je ne veux pas demander, je voulais aller seul. Je devais partir d'un point et arriver dans tel autre en passant par telles rues. J'avais fait mon itinéraire, je ne pouvais arriver, je me suis mis en rage après moi me traitant d'idiot, d'imbécile et pourtant je ne suis pas bête, j'y arrivais en suivant le Quai de la Fosse. Cela m'arrive souvent, c'est ma tête, je ne reconnais plus la route que je veux suivre. »

Evolution. — Ces ictus amnésiques intéressant uniquement la mémoire visuelle topographique n'ont plus reparu. L'amnésie s'est installée d'une façon progressive, non plus limitée à un seul ordre de phénomènes, mais s'attaquant sans distinction à tous les souvenirs. Sa mégalomanie persiste encore quelque temps, il achète des châteaux, des maisons, opère par milliers de francs. Sa conversation est décousue, il parle des agents, demande du travail, ne se rend aucun compte de sa situation. Il semble indifférent lorsqu'on lui parle de sa femme et de ses enfants. Il a des hallucinations intéressant son champ visuel, du côté droit, ce sont des fleurs qui viennent vers lui, puis s'en vont.

En août, il nous présente des troubles de la vue très profonds. Il est alors complètement confus, incohérent. Physiquement, il est très amaigri, pâle, et ne tarde pas à tomber dans le gatisme. Extrêmement cachectique, il meurt le 9 février 1913.

OBSERVATION VI (personnelle)

Paralysie générale. Un ictus amnésique marquant le début d'une paralysie générale.

Alfred F..., 38 ans, instituteur, est atteint de paralysie générale dont le début remonte à cinq mois (novembre 1912). A cette date sa femme a constaté chez lui des modifications de caractère. Il est devenu irritable, changeant, désagréable pour ses élèves qu'il punit sans raison, il présente en même temps, nous dit elle, un léger embarras de la parole. Mariés depuis 10 ans, elle ne connaît aucun antécédent héréditaire ou personnel à son mari ; quant à elle, elle fit deux fausses couches et eut lors de sa première un iritis qui semble avoir été de nature spécifique. Le 21 février elle nous fait demander d'urgence.

Ictus amnésique. — Le matin, Alfred F... étant au tableau, donnant à ses élèves l'explication d'un problème. Subitement il se met à balbutier, incapable de continuer ses calculs, il se tourne alors vers ses élèves, mais ne se rappelle plus leur nom, et leur demande pourquoi ils sont venus. Sa femme, prévenue en hâte, le trouve dans cet état. Il la reconnait, lui dit qu'il souffre de la tête et rentre chez lui. Il reconnait parfaitement son père qui se trouvait à la maison. On le fait se coucher, le soir il mange parfaitement, mais semble légèrement hagard, le lendemain il avait retrouvé en partie sa mémoire et se rappelait même du calcul qu'il n'avait pu achever.

C'est alors que nous eûmes l'occasion de l'examiner : Nous constatons de l'inégalité pupillaire, des reflexes rotu-

liens exagérés, un embarras de la parole plus accentué qu'auparavant nous dit sa femme. En particulier nous interrogeons le malade, il nous dit avoir contracté la syphilis à 27 ans, il eut un chancre, roseole et syphilides, il fut soigné et ces accidents avaient complètement disparu lors de son mariage.

Nous l'avons soumis à un traitement de piqures hectargyre B et depuis son état semble amélioré. Il a repris sa classe dessiné, fait de la muique etc., mais l'embarras de la parole persiste ainsi que les autres signes tomatiques.

CONCLUSIONS

I. Au cours de la paralysie générale, on peut observer des pertes subites de la mémoire, distinctes cliniquement des troubles amnésiques qui accompagnent toujours cette affection.

II. Ces phénomènes sont appelés ictus amnésiques. La perte de mémoire est le phénomène fondamental, il peut s'y joindre de l'obtusion des autres facultés, un certain degré de confusion intellectuelle, mais ces désordres n'occupent qu'une place secondaire.

III. Les ictus amnésiques sont caractérisés par la soudaineté de leur apparition, par le nombre considérable des éléments amnésiques touchés et leur durée relativement courte.

IV. Après ces états aigus et passagers, les souvenirs réapparaissent rapidement et la mémoire se retrouve dans un état sensiblement voisin de celui où l'avait surprise l'ictus.

V. Ainsi, défini, l'ictus amnésique peut être considéré comme une crise, un accident aigu au cours de l'amnésie progressive de la paralysie générale. Une fois la crise passée, la maladie reprend sa marche régulière.

Vu : *Le Président de thèse*,
GILBERT-BALLET.

Vu : *Le Doyen*,
LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :
Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

GILBERT-BALLET. — Traité de pathologie mentale.

R. BENON. — Gazotte des Hopitaux (1908) p. 1.335 et p. 798 — Gazette des Hopitaux (1911) p. 1315.

BONDON. — L'amnésie dans la paralysie générale ; th Paris 1886-1887.

DROMART et MEVASSORT. — L'amnésie, F. Alcan 1907 ch I.

FABRET. — Article (amnésie). Dictionnaire encyclopèdique des sciences médicales.

FOURNIER. — Syphilis cérébrale. Leçons recueillies par Brissaud 1879 p. 279.

GARNIER. — Les amnésies. Bull. médical 1905 p. 9.

KUSMAULL. —Les troubles de la mémoire (traduction Ruff).

MOTET. — Note sur l'amnésie temporaire. Union médicale 1379

MAINTENON. — Contribution a l'étude des amnésies asphyxiques. Thèse de Paris (1908-1909).

P. MARIE. — Art Hemiplegie. Traité de médecine et de thérapeutique 1ere édit 1899 p. 505.

PICK. — Cité par P. Marie loc. cit.

RIBOT. — Les maladies de la mémoire.

RICHET. — Article amnésie. Grande encyclopedie.

SOLLIER. — Les troubles de la mémoire.

WOLLENBERG. — Arch. J. psychiatrie, t. 31, p. 1 et 2 1898. Revue neurologique, 1899 p. 189.